

本宮市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

本宮市長

申請者住所 本宮市 字

氏 名 印

（受診者との続柄：）

電話番号

本宮市初回産科受診料助成金交付要綱第 5 条に基づき、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付申請に係る審査に際して、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況を調査することに同意します。

フリガナ 受診者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	〒 ー 本宮市 字 電話番号				
世帯構成員の 状況	氏 名	受診者との続柄	1 月 1 日時点の住所が異なる方は、1 月 1 日時点の住所		
助成申請額	受診日	検査等支払い額 (領収書の額) (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか少ない額	
	年 月 日	円	10,000 円	円	
振込先	金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種 別	・ 普通 ・ 当座
	フリガナ 口座名義			口座番号	

添付書類等

1. 妊娠判定のための受診費用の領収書の写し（氏名、受診年月日、医療機関等名が記載されたもの）
2. 金融機関の口座が分かるものの写し
3. 印鑑（朱肉を使うもの）
4. 住民登録が 1 月 1 日時点で本宮市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

< 裏面 >

【市記入欄】

受 付 者	市税等確認者	備 考